

* *verplichte velden*

1. Gegevens aanmelder

1a. Aanmeldend ziekenhuis

1b. Aanmeldende arts

AGB:

2. Patiëntgegevens

2a. Naam *

2b. Geboortedatum *

2c. Geslacht *

2d. BSN (tbv dossier aanmaken) *

2e. E-mailadres *

2f. Mobiele telefoonnummer *

2g. Toestemming patiënt *

De aanmeldende arts bevestigt bij deze dat de patiënt toestemming heeft gegeven tot het bespreken van zijn/haar casus in een regionaal/landelijk expertise consult.

3. SSc specifieke gegevens

3a. Klinische diagnose *

3b. Datum formeel vastgestelde diagnose *

3c. Zekerheid over diagnose

4. Huidige ziektestatus - Orgaanbetrokkenheid

4a. Huidverstrakking	Ja	Nee
----------------------	----	-----

Bij ja vervolgvraag a1 t/m a3 invullen

4a1 Datum start huidverstrakking

4a2. Maximale mRSS skin score

4a3. Datum maximale mRSS skin score

4b. Raynaud	Ja	Nee
-------------	----	-----

4b1. Indien ja, datum start Raynaud

4c. Renale crise	Ja	Nee
------------------	----	-----

4c1. Indien ja, nierdialyse?	Ja	Nee
------------------------------	----	-----

4c1.1. Startdatum dialyse

4c1.2. Stopdatum dialyse (indien van toepassing)

4d. SSc gerelateerd ILD Ja ☐ Nee ☐

4d1. *Indien ja, datum ILD*

4d2. *Is er in het afgelopen jaar medicatie gestart voor* Ja ☐ Nee ☐

ILD? 4e. PAH (pulmonale arteriële hypertensie)
bevestigd middels RHC (rechterhart catheterisatie) Ja ☐ Nee ☐

4f. Gastrointestinale motiliteitsstoornissen Ja ☐ Nee ☐

4g. Myocardiale betrokkenheid Ja ☐ Nee ☐

4h. Artritis Ja ☐ Nee ☐

4i. Myositis Ja ☐ Nee ☐

4j. Digitale ulcera Ja ☐ Nee ☐

4j1. Bij ja - 'Is er het afgelopen jaar een
medicatieaanpassing geweest vanwege DU?' Ja ☐ Nee ☐

4l. Overig, namelijk:

4m. Welke van bovenstaande was het eerste symptoom?

+ Wanneer is de startdatum?

4n. Voldoet aan ACR/EULAR 2013 SSC

5. Auto-immuun serologie

Specifieke auto-antistoffen aanwezig:

ANA ☐ PmScl, Antifibrillarine ☐

AntiScl70 ☐ Anti Th/T0 ☐

Anticentromeer ☐ Anti Ku ☐

Anti RNA PIII ☐

Anders nl:

6. Immuunsuppressie

6a. Voorgeschiedenis (uit EPD)

6b. Huidige behandeling

6c. Voorgeschiedenis vascoactieve medicatie

Gebruik vascoactieve medicatie	Ja	Nee
Calciumantagonist	Startdatum	Einddatum
Fosfodiesterase-5-remmer	Startdatum	Einddatum
Endotheline receptor antagonist	Startdatum	Einddatum
Prostacycline analoog (iloprost)	Startdatum	Einddatum
Anders:	Startdatum	Einddatum

6d. Huidige vascoactieve medicatie

Gebruik vascoactieve medicatie	Ja	Nee
Calciumantagonist	Startdatum	Einddatum
Fosfodiesterase-5-remmer	Startdatum	Einddatum
Endotheline receptor antagonist	Startdatum	Einddatum
Prostacycline analoog (iloprost)	Startdatum	Einddatum
Anders:	Startdatum	Einddatum

7. Vraag aan MDO

7a. Vraag MDO *

Diagnostische vraag

Therapeutische vraag

Andere vraag

7b. Relevante voorgeschiedenis

7c. Samenvatting huidige status *

7d. Relevant laboratorium/beeldvormend onderzoek

7e. Behandelvoorstel